第22号様式

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　結核指定医療機関変更届　　墨田区長　あて(指定医療機関)　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(開設者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 開設者が法人にあっては、その事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名 | 　 |
| 　　　　　　年　　　月　　　日付けで指定された結核指定医療機関について、下記の事項に変更があったので、届け出ます。記　　変更事項：　　(変更前)　　(変更後)　　変更年月日：　　　　　　年　　　月　　　日〔参考事項〕 |

(A4)